THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Raoul MÉDEVIELLE

Né à Arthez (Basses-Pyrénées) le 8 février 1886

Ancien interne des Hôpitaux du Mans

Ancien interne des Hôpitaux Péan et St-Jacques.

RUPTURES SPONTANÉES

dans le Péritoine des Kystes Gélatineux

DE L'OVAIRE

Président : M. le Professeur RECLUS.

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e^ Ar^t^). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance et d'affection

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS.

A Mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Paul RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

L'abondance des publications qui ont été faites depuis près d'un siècle sur les Ruptures intrapéritonéales de kystes ovariens, le talent justement reconnu de la plupart des auteurs qui en ont traité, sembleraient devoir interdire au jeune médecin en quête d'un sujet de thèse inaugurale, l'abord d'une question déjà si copieusement discutée.

Et cependant, ayant eû l'occasion d'assister notre maître *M. le* **Docteur A. Manson** *chirurgien de l'Hôpital St-Jacques de Paris*, pour une opération de kyste gélatineuse de l'ovaire au cours de laquelle nous avions trouvé les anses intestinales recouvertes d'une matière gélatineuse, analogue à celle que contenait la tumeur ovarienne, ayant d'autre part constaté sur les parois du kyste la présence d'une ouverture faisant communiquer la poche avec la cavité abdominale, nous avons été frap-

pé de voir combien discrets avaient dû être les signes de cette rupture déjà ancienne, puisqu'elle était passée inaperçue, et n'était en somme à l'heure actuelle qu'une trouvaille d'opération. Nous rappelant alors des cas analogues observés dans le service hospitalier du **Docteur H. Delagenière** *du Mans*, alors que nous étions son interne, il nous apparût tout d'abord que le diagnostic de ces ruptures de kystes gélatineux devait être rarement possible et que le pronostic de cet accident était d'une parfaite bénignité puisque nous n'en avions jamais observé les traces que longtemps après qu'il fût survenu, et en tant que surprise au cours de la laparotomie pour ablation du kyste.

Recherchant alors les cas semblables à ceux que nous avions eû l'occasion d'observer, dans les monographies, revues, thèses et journeaux qui avaient été publiées sur ce sujet, nous fûmes étonnés de voir combien les conclusions en étaient générales, et combien peu les auteurs voulaient faire la distinction entre la symptomatologie, le pronostic et le traitement des différentes ruptures de kystes ovariens.

Peut-on cependant admettre un seul instant qu'une tumeur kystique ovarienne à contenu épais, gélatiniforme, à peine malléable qui se rompt dans la cavité péritonéale et qui épanche son liquide lentement, peu à peu puisse donner des signes de perforation apparents, et comparables à ceux d'une rupture de kyste séreux ou hématique, avec inondation péritonéale brusque d'un liquide qui envahit toute la grande cavité ! Seront-ils

justiciables d'un même traitement, ces deux accidents si dissemblables dont l'un se trahit immédiatement par la brutalité de son apparition et la gravité des signes qui l'accompagnent, et dont l'autre au contraire ne se traduit, dans la suite, que par les signes d'une ascite sans évolution apparente, et parfois même ne saurait être dépisté par les cliniciens les plus avertis ?

Nous avons donc pensé qu'il y avait là place pour une monographie modeste et consciencieuse et c'est pourquoi nous avons entrepris l'étude des RUPTURES SPONTANÉES DANS LE PÉRITOINE DES KYSTES GÉLATINEUX DE L'OVAIRE.

Symptomatologie et Diagnostic

La rupture spontanée du kyste gélatineux de l'ovaire donne lieu à un *minimum de symptômes* ; le plus souvent elle passe inaperçue au moment même et ne se traduit dans la suite que par des sympômes d'ascite très limités.

Ce n'est plus le tableau clinique dramatique de l'inondation péritonéale avec son début rapide, aigü, violent ; la brusquerie des douleurs terribles, la rapidité d'apparition du tympanisme et des vomissements, et la persistance assez grande d'un péritonisme souvent fatal.

C'est à peine si, dans les cas de rupture de kystes gélatineux, la malade éprouve une légère défaillance à l'occasion du traumatisme indirect qui a fait survenir la perforation ; elle ressent parfois une légère douleur dans l'abdomen, qui disparaît l'instant d'après, comme dans notre

observation I, et ne saurait faire songer à un accident grave. Parfois, comme dans un cas cité par **Madame Waite** dans sa thèse, une femme fait une chute sur un meuble en traversant sa chambre : « Immédiatement, elle éprouva une légère tendance à la syncope, mais le lendemain, elle eût quelques frissons puis tout rentra dans l'ordre ; pas de diurèse. »

Telle est la pénurie des symptômes, que le *diagnostic en est très souvent difficile*, et ne se fait qu'après coup : nombre de nos observations permettent de s'en rendre compte. D'ailleurs cette difficulté était apparue depuis longtemps aux cliniciens et **Mathews Duncan** dans ses *Clinical lectures on diseases of Women leçon 18*, sait en faire la remarque :

« Le liquide qui provient du kyste rupturé se trouve ordinairement libre au milieu de la masse intestinale, mais ceci n'arrive pas toujours et sa diffusion peut être limitée par certaines adhérences ou bien il peut être tellement visqueux qu'il ne peut se répandre dans la cavité abdominale et qu'il déplace au contraire les intestins, comme s'il était lui-même une tumeur. Le diagnostic peut ainsi être difficile ou même impossible, surtout si l'histoire du cas n'est pas connue.

Anatomie pathologique et pathogénie

Une symptomatologie aussi effacée que celle que nous venons de décrire ne se peut expliquer que par l'anatomie pathologique des organes qui entrent en jeu dans l'apparition de la rupture. Nous envisageons donc successivement :

1° l'état des parois du kyste ovarien ;
2° le contenu du kyste ;
3° l'épanchement intra péritonéal ;
4° l'état du péritoine.

1° — Il s'agit de tumeurs multiloculaires, à parois irrégulièrement épaisses, à vésicules contenant un liquide gélatineux. L'examen histologique montre, ainsi que l'a bien décrit **M. Roche,** *de Bordeaux*, 1905, des *loges vésiculaires tapissées d'épithélium cylindrique*. Parfois l'épithélium s'invagine dans le stroma et prend l'aspect de courtes glandes, qui sécrètent constamment. La rétention du liquide sécrété, les transsu-

dations qui en augmentent la masse, distendent les poches qui le contiennent et qui bientôt, amincies, dilacérées, se rompent les unes dans les autres, donnant ainsi naissance au kyste multiloculaire, se rompent parfois aussi en dehors de la tumeur et produisent la perforation. Ce sont là les kystes gélatineux de l'ovaire que Roche, à l'exemple de **C. Rüje**, a appelés *Kystes Déhiscents Ovariens.* Ces kystes semblent devoir être d'ailleurs nettement différenciés de la tumeur qu'**Ohstramen** a décrite sous le nom de « *Kyste Racémeux de l'Ovaire* » et dont l'étude a été précédemment reprise par **MM. Jayle** et **Bender.** Les caractères de ces kystes en sont tout autres, ils sont fournis par des vésicules pédiculées, isolées ou réunies en grappes ; l'ovaire est souvent conservé en partie : enfin et surtout les vésicules ne portent d'épithélium cylindrique que sur leur paroi interne.

Quant aux *dimensions de la perforation* elles sont des plus *variables*, quoique assez modestes pour la plupart des cas :

Dans une observation du **Dr Cleemann** citée dans la thèse Waite, page 65, l'orifice n'était pas plus grand que la pointe d'une épingle,

Le **docteur Gaillard Thomas** (*in Transact of the obstet, society of New-York 1878*) signale un cas de kyste gélatineux où la déchirure avait à peine les dimensions qu'aurait celle qu'on ferait avec une aiguille à tricoter.

Parfois la lésion offre le *diamètre d'une plume d'oie*,

comme dans une observation de M. **Monprofit** parue in *Gazette de Gynécologie Paris 1905*, page 193. « Les bords en étaient mousses et arrondis, la paroi présentait une épaisseur de 3 millimètres environ et n'était pas amincie dans le voisinage de l'orifice » ; il en était de même dans notre observation I.

Cependant on a signalé des ouvertures de plus de 7 centimètres (obs. II).

La *forme des perforations* est presque toujours linéaire, étoilée, déchiquetée comme il ressort des observations publiées dans la thèse de M. **Fossard**, à moins qu'il n'y ait au préalable une *véritable perte de substance* consécutive à une plaque de sphacèle.

Dans l'observation de M. **Monprofit** 1906 (loco citato) et dans la nôtre, la déchirure est régulière, taillée à l'emporte-pièce, entourée d'un bourrelet saillant.

Péan (*Leçons de Chirurgie 1882*) signale de même cette déchirure.

2° — L'étude du CONTENU GÉLATINEUX DES KYSTES DE L'OVAIRE a été bien des fois entreprise au point de vue chimique, histologique, pathogénique.

a) Depuis l'analyse faite par M. **Dumouthiers** en 1886 sur un cas de MM. **Terrillon** *et* **Reclus**, on sait qu'il s'agit là d'un liquide de *couleur jaune ambré*, parfois *verdâtre*, *gélatiniforme*, de *réaction neutre*. Il contient *plusieurs albumines* qui ont été bien reconnues, et l'on signale en outre la présence d'une *paralbumine*, autrefois appelée *métalbumine* par **Scherer**, dont le caractère

particulier est de ne pas être précipitée de ses solutions par l'acide acétique. Au surplus, cette paralbumine ne serait pas un signe distinctif des liquides gélatineux mais se rencontrerait dans tous les contenus des kystes ovariens.

La teneur en *matières fixes* est toujours, d'après M. **Quénu,** supérieure à 75 gr. dans les liquides gélatineux.

b) *L'analyse bactériologique* du liquide, faite dans plusieurs circonstances, notamment dans un cas publié en 1897 par M. le *professeur* **Boursier** (loco citato) et conduite sous la direction du *professeur* **Ferré,** *de Bordeaux*, a montré que le liquide était tout à fait *aseptique*, « sauf quelques microcoques provenant certainement de la manière dont le liquide avait été recueilli ».

c) *L'examen microscopique du contenu gélatineux* du kyste ovarien y fait constater la présence de *cellules géantes faciles à voir* sans coloration, successivement appelées *cellules de Foulès* et de *Drgsdalle* ; elles ont, suivant la description de M. **Roche** (loco citato 1905) un gros noyau réfringent, et leur protoplasme est tout entier envahi par de grosses gouttelettes graisseuses. A côté d'elles, des leucocytes, des globules rouges, mais surtout des *cellules cylindriques ciliées* provenant des débris de végétations intrakystiques, débris de véritables tubes épithéliaux. Ce serait ces productions glandulaires qu'il faudrait d'ailleurs incriminer, d'après M. **Quénu**, (*De l'ascite dans les tumeurs abdominales*, *Revue de chirurgie 1886*) dans la formation du liquide

gélatineux ; et à l'encontre de **Terrier** et **Gündelach** (*Thèse Paris 1887*) M. **Quénu** soutient que ce liquide est formé par la *seule sécrétion de ces cellules glandulaires.*

3° Quant à l'ÉPANCHEMENT INTRAPÉRITONÉAL il présente exactement la *même constitution* que le liquide intrakystique, avec parfois une légère différence dans les chiffres de densité qui tient à la résorption du liquide, ou a une légère sécrétion due à la réaction péritonéale. C'est le plus souvent une masse gélatiniforme, que l'on enlève difficilement à la compresse ; elle présente l'*aspect d'un frais de grenouille*, suivant l'expression de **M. Bender** ; et agglutine doucement les masses intestinales entre elles, leur donnant un aspect chagriné, qui disparaît après l'ablation du kyste comme on le voit dans le cas de **M. Bender** (*in Bull., Société Anatomique 1905*) où la malade fut réopérée deux ans après une extirpation de kyste gélatineux de l'ovaire, et où toute trace de l'épanchement avait disparu.

L'ascite résulterait, d'après M. **Quénu**, de l'*épanchement continuel dans le péritoine de la substance colloïde produite par les végétations* extérieures, dans les cas où elles existent, ou bien peut être produite dans certains kystes sans végétations *par une surface externe riche en formation tubulaires.* » Et il ajoute : « il se fait spontanément pour les tumeurs polykystiques des *perforations incessantes* de petits kystes superficiels, qui déversent leur produit de sécrétion dans le péritoine et provoquent ainsi du côté de la séruse une réaction in-

flammatoire chronique qui devient à son tour l'origine de l'ascite concomitante ». Les recherches de M. **Quénu** datent de 1886 ; la même année cependant **Werth** (*Arch. fur Gynek...*, *Band XXIII et XXIV*), et **Ludwig Korn** (*in Soc. Obst. et gynée. de Dresde mai 1886*) affirmaient que la *maladie gélatineuse du péritoine* de Péan, le *pseudo mydome* du péritoine ne serait autre chose que le liquide ovarique tombé dans le péritoine à la suite d'une rupture. **M. de Tornery** (*France médicale 1886, p. 421*), dans un cas d'ascite produite par un kyste gélatineux sans végétations extérieures, prétendait que dans ce cas le péritoine joue un rôle très secondaire dans la genèse du liquide ; la vraie membrane sécrétante est la paroi de la tumeur, puisque celle-ci enlevée, l'épanchement peut ne pas se reproduire.

Les recherches récentes de M. **Fossard**, et de MM. **Jayle** et **Bender** ont absolument consacré cette manière de voir, et l'examen du péritoine nous montre en effet combien rarement il réagit en présence de l'épanchement gélatineux même ancien.

4° — Le PÉRITOINE en effet ne présente le plus souvent *aucun indice de défense* ; le fait apparaît nettement dans plusieurs de nos observations, et dans un article de **Douglas** sur les *Complications des kystes de l'ovaire* paru dans le *New-York médical, Journal* du *21 décembre 1885*, nous relevons, comme exemple le passage suivant : « Les deux seuls exemples de rupture de kystes que j'ai vus, contenaient une substance colloïde.

Dans aucun de ces deux cas, la rupture n'était annoncée par des symptômes suffisants de diagnostic. Un de ces cas s'est présenté dans le service du Dr **Meredith** à *The Samaritan Hôspital de Londres*. Le péritoine, les intestins, le foie et la rate étaient complètement couverts de matière colloïde. Le kyste s'était certainement *rupturé quelque temps auparavant*. Cependant il n'y avait *aucun symtôme de péritonite*, c'était un cas extrêmement difficile à opérer. Une quantité de substance colloïde fut laissée en arrière ; bien qu'on fit une irrigation, on ne fit pas de drainage. La malade guérit sans complications. »

On trouve de même dans la thèse de Mme **Waite** (loco citato) 4 cas de rupture avec épanchement gélatineux ; dans tous ces cas, dont plusieurs ne furent opérés que plusieurs jours après la date probable de la rupture, on constata *chaque fois l'intégrité du péritoine*, et la guérison sans complications post opératoires.

M. **Lair** dans sa *thèse 1892* cite trois observations de ruptures de kyste gélatineux ; dans deux le péritoine est intact ; dans la troisième le péritoine est rouge, villeux, mais sans que la clinique ait décelé précédemment des symptômes de péritonite, et la malade guérit d'ailleurs fort bien. C'est donc là une seconde éventualité, rare, mais possible : le liquide épanché réagissant sur le sérum l'enflamme, et s'enkyste. Ce sont ces cas qui avaient conduit M. **Fossard** (loco citato) à envisager trois variétés d'ascite gélatineuse.

a) l'ascite gélatineuse simple,

b) *l'ascite gélatineuse inflammatoire*,

c) *l'ascite gélatineuse spécifique*.

En réalité le liquide d'ascite étant inoffensif, amicrobien, ne donne pas de réaction péritonéale tout au moins notable tant qu'il n'est pas infecté par des causes intérieures. C'est là un des éléments de la bénignité reconnue de son pronostic.

Etiologie

La rupture spontanée des kystes gélatineux de l'ovaire reconnaît une seule cause digne d'être retenue : c'est la FRAGILITÉ DES PAROIS DU KYSTE. L'anatomie pathologique nous a montré le liquide de la tumeur, constamment secrété par les pseudo-glandes de la paroi du kyste. Il se produit au bout d'un temps plus ou moins long une *hypertension* qui s'accroît de jour en jour ; les parois de la tumeur s'épaississent, puis leur élasticité, après avoir dépassé un maximum encore indéterminé, et d'ailleurs sans grand intérêt pratique, se laisse forcer, et l'enveloppe kystique distendue, dilacérée, amincie, se laisse à un degré plus loin, perforer par le liquide à l'étroit dans sa poche.

C'est là, semble-t-il un épisode *fatal*, *normal*, de l'accroissement de la tumeur, et les traumatismes physiologiques ou de cause interne, sans que leur importance relative soit à nier, ne sauraient cependant que rentrer pour une faible part dans l'étiologie de ces ruptures.

Cette cause suffit d'ailleurs, à elle seule, à expliquer

l'accident dans tous les cas où il s'est produit ; elle permet encore de se rendre compte de la *discrétion*, de la douceur, pourrait-on presque dire, de ces ruptures, et elle permet, par elle-même, d'envisager un pronostic sans gravité.

Pronostic et traitement

La *consistance* et *l'amicrobisme du liquide*, la *lenteur de son écoulement*, le *peu de réaction du péritoine* semblent devoir orienter le pronostic des ruptures de kystes gélatineux vers des considérations de bénignité qui contrastent avec le pessimisme manifesté à ce sujet par les auteurs anciens. Nous sommes loin en effet du temps où l'on acceptait comme vrai le jugement sévère de **Nepveu** dans son mémoire de 1875 sur *la Rupture des kystes de l'ovaire :* « Le liquide de ces kystes (gélatineux), disait-il, est très funeste ; 7 cas, 7 morts. »

Il fallut la *thèse* de M^me^ **Waïte,** née **Trégaskis**, en 1883, puis en 1892 celles de **Lair,** inspirée par le *professeur* **Poncet**, de Lyon, suivie de la *thèse* de **Duffner**, 1893, pour revenir à des conclusions moins sévères. Le magistral mémoire que fit paraître sur la question en 1897 M. **le** *professeur* **Boursier**, de Bordeaux, mit au point la valeur qu'il fallait accorder aux observations de **Nepveu,** et, depuis lors, les travaux d'**Arnal,** 1898, la

thèse de **Fossard,** 1901, le mémoire de **Léo** l'année suivante apportent un nombre imposant d'observations où la bénignité de ces ruptures est mise en évidence.

Ce pronostic sans gravité étant admis, les observations de ce genre que nous rapportons, et celles plus nombreuses, que nous avons recueillies dans la littérature médicale, nous prouvent jusqu'à l'évidence que, *puisque le diagnostic de la rupture passe inaperçu* dans presque tous les cas, *puisque les interventions chirurgicales ne sont nécessitées que par la symptomatologie du kyste gélatineux lui-même*, alors que la rupture s'est produite parfois plusieurs mois auparavant, c'est que cette *intervention pour rupture*, fort difficile à indiquer d'ailleurs, *ne s'impose pas.*

De deux choses l'une ; ou bien on *opère prématurément les kystes de l'ovaire* quels qu'ils soient pour éviter les complications que peut amener l'évolution de ces tumeurs, ou bien *on n'intervient que lorsque le kyste donne lieu à des phénomènes gênants*, et c'est dans ces cas seulement que l'on diagnostique après coup une rupture intrapéritonéale, qui ne s'était traduite, et encore pas dans tous les cas, que par des signes secondaires d'ascite.

Il semble donc qu'il n'y ait *pas à indiquer d'intervention d'urgence* pour les ruptures de kystes gélatineux de l'ovaire, contrairement aux conclusions de MM. **Lair** et **Fossard** (loco citato) qui, a dire le vrai, ne font guère de différence dans le traitement des ruptures de kystes séreux ou celles des tumeurs ovariennes à

contenu compacte, dont nous avons entrepris l'étude.

Cependant lorsqu'on se trouve en présence d'une ascite gélatineuse consécutive à une rupture de kyste ovarien, QUELLE SERA LA CONDUITE DU CHIRURGIEN.

Il conviendrait, à notre avis, de mettre surtout en relief *deux temps* de l'opération qui nous semblent prêter à quelque discussion la **conduite à tenir à l'égard du péritoine,** empoissé pour ainsi dire par la masse gélatineuse, et la **question du drainage post-opératoire**.

La *laparatomie médiane suivie de l'ablation du kyste* et parfois des ovaires est en effet acceptée par tous les chirurgiens. Mais quand, la tumeur enlevée, on reste en présence de la masse gélatineuse épanchée, faut-il, comme le pratiquent certains chirurgiens et mon maître le Dr **H. Delagénière** notamment, recourir au *lavage intra-abdominal* après l'expression manuelle du liquide gélatineux ? Qu'il s'agisse d'EAU PHÉNIQUÉE, comme dans l'observation du Dr **Buckann** in *Am. Journal* (Th. Waite) — ou D'EAU CHAUDE SIMPLE comme dans celle du Dr **Rutherford — Morison** *in Edinburgh Méd. Journal 1888* par exemple, il semble que cette pratique soit *inutile*, voire même dangereuse, comme l'a démontré expérimentalement M. **Delbet** (Bulletin de l'Ac. de Médecine 1887) ces lavages en effet n'auraient qu'un résultat, celui *d'enlever au péritoine son pouvoir absorbant.*

Cet argument devrait suffire à faire abandonner cette pratique d'autant que M. **Poncet** ajoute, in **Th. Lair**,

que dans les cas de liquide gélatineux épanché, « il *vaut mieux ne pas chercher du tout à faire la toilette du péritoine, en raison même de l'impossibilité où on serait de le faire même très incomplètement.* »

Quant au *drainage* de la cavité péritonéale, qu'il soit vaginal ou sous-pubien, il nous semble également INUTILE. La plupart de nos observations montrent que sans lui la guérison des laparatomisées se poursuit sans incident. D'autre part, même en admettant la *modification de la viscosité du liquide gélatineux*, qui surviendrait d'après M. **Lair** à la suite de la laparatomie, aura-t-on avantage à introduire dans un péritoine à peine irrité un *corps étranger* qui suffirait à lui seul à faire réagir la séreuse. C'est à nôtre avis, et c'est là un point sur lequel le docteur **Ombredane**, dans ses leçons orales à la Clinique des enfants malades, se plaisait récemment à attirer l'attention, *le drain lui-même qui entretient à partir du 4e au 5e jour* dans un péritoine sain les interminables écoulements de liquide que l'on signale parfois, et que se plaisent à rappeler ses partisans pour en démontrer l'utilité ! **Mais qu'observe-t-on lorsqu'on n'a pas fait de drainage ?** les masses gélatineuses qui encombrent le péritoine *se résorbent rapidment* et disparaissent sans laisser de traces. Cela, le *laboratoire* et la *clinique* sont d'accord pour le démontrer, et M. **Bender** dans un lumineux mémoire publié en 1905 in *Bulletin de la Société anatomique* p. 481, le trouve parfaitement : « Le microscope, dit-il, nous montre des *lésions régressives et nécrotiques des éléments épithé-*

liaux, et non point des lésions envahissantes. La clinique nous montre aussi que ces greffes *se flétrissent* et *disparaissent presque toujours spontanément* après l'ovariotomie, *lorsqu'elles ont cessé d'être entretenues par un ensemencement continu*. Et il ajoute : « Les coupes que je présente à la Société, et qui offrent l'aspect caractéristique du *pseudo-myxome de Werth*, proviennent d'une malade opérée il y a deux ans de deux *kystes gélatineux des ovaires*. Le péritoine pariétal, les anses intestinales étaient couvertes de greffes myxomateuses. Il était impossible d'en tenter l'ablation et l'on dût refermer la paroi. Or j'eus l'occasion d'opérer à nouveau cette malade, il y a un an pour appendicite. Je pus constater, au cours de l'intervention, que la *séreuse était parfaitement lisse* : il n'y avait plus trace des lésions pseudo-myxomateuses si étendues que nous avions trouvées lors de la première opération. La malade est actuellement en parfaite santé. »

Déjà **Terrillon** en 1889 cite dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* un cas semblable et aussi démonstratif : kyste gélatineux de 18 kilog rupturé dans le péritoine : ovariotomie, *toilette incomplète de l'abdomen*, pas de trace de péritonite. Quelques années après, nouvelle laparotomie pour nouveau kyste colloïde de l'ovaire gauche, *pas de trace de la rupture du premier kyste*.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle)

Kyste gelatineux de l'ovaire rompu dans le péritoine ; opération deux mois après, ablation du kyste, guérison.

Madame B. T..., 28 ans, infirmière à la crèche de Billancourt (Seine) entre le 12 juillet 1910 à l'hôpital St-Jacques dans le service du D[r] **A Manson** avec le diagnostic de kyste de l'ovaire droit.

Depuis deux ans, elle voit son ventre augmenter de volume ; ses règles qui avaient disparu au début de la maladie, reviennent à de longs intervalles, rares et douloureuses. Cependant la malade vaque à ses pénibles occupations sans qu'elle se sente obligée par la fatigue d'augmenter ses heures de repos. Bon état général, appétit excellent, sans défaillance. Un seul symptôme anormal, l'augmentation progressive de volume du ventre. Un médecin consulté sur cette augmentation anormale, porte le diagnostic de kyste de l'ovaire et propose une intervention chirurgicale qui est acceptée pour le mois de juillet.

Pas d'antécédents pathologiques. Réglée à 14 ans, une gros-

sesse à 22 ans, terminée par la naissance normale d'un enfant très bien portant.

La date fixée pour l'entrée à St-Jacques arrive, sans que la malade ait à signaler aucun incident notable qui puisse avoir marqué le développement de la tumeur.

A l'examen direct, on trouve une tumeur dure, rénittente qui fait saillie dans l'hypocondre droit, et présente le volume d'une tête d'enfant ; la matité à limite supérieure convexe, est bien marquée sous le foie, mais semble se prolonger vaguement dans le flanc droit. Le toucher vaginal montre un utérus haut situé, mobile, indépendant de la tumeur, les culs de sacs vaginaux de la tumeur sont libres. A peine un léger œdème sus-pubien. Urines sans sucre ni albumine.

Opération le 13 juillet 1910.

Laparatomie médiane sus et sous ombilicale. On tombe sur la face interne du kyste ovarien, adhérente à la paroi, mais qui se laisse cliver facilement à la main. On ponctionne le kyste ; rien ne sort. Une incision faite sur la tumeur permet d'extraire la plus grande partie du *contenu jaune ambré, gélatineux*, compact et verdâtre par endroits. On enlève alors le kyste et l'ovaire voisin et on aperçoit alors au-dessous, se continuant dans le flanc droit, une *masse de liquide gélatineux* qui semble *identique* au contenu de la poche enlevée. Les anses intestinales sur lequelles il repose sont agglomérées entre elles, et présentent un aspect dépoli, chagriné, velouté ; parfois de l'une d'elle part un filament gélatineux qui va se souder à une anse voisine.

Le péritoine légèrement rosé présente un peu le même aspect velouté des anses intestinales. Après expression manuelle du liquide gélatineux, et *toilette incomplète* de la cavité, car le liquide n'adhère pas à la compresse, le péritoine et les plans de la paroi sont suturés par des sutures en trois étages.

La malade guerit sans incident, comme s'il se fut agi de la

plus banale appendicectomie, et quittait le service le 7 août, sans avoir présenté la moindre élévation de température.

Actuellement décembre 1910, Madame T..., a repris ses occupations antérieures sans éprouver le moindre malaise.

La poche kystique, soigneusement examinée au laboratoire de l'Hôpital, montra qu'on avait affaire à un *kyste multiloculaire* à parois extérieures épaisses, mais très friables par endroits, et comme dilacérées. En un point situé à la partie antérieure et inférieure droite de l'enveloppe, on apercevait une *déchirure ronde, comme taillée à l'emporte pièce,* et d'un diamètre de 4 mm.; les bords en étaient *épaissis par un bourrelet* qui allait en s'amincissant à mesure qu'il s'éloignait de la perforation. C'était à n'en pas douter un point de rupture de kyste qui expliquait l'épanchement hors de la tumeur du liquide gélatineux que nous y avions rencontré.

Et en effet, la malade, pressée de se rappeler quelque menu fait qui nous puisse apprendre l'époque approximative de la rupture, finit par nous dire qu'un jour, *il y avait deux mois environ*, au cours d'une promenade en voiture, un cahot lui avait arraché un cri de souffrance. Le ventre lui avait paru être fortement tiraillé, et le soir elle se mettait au lit, plus fatiguée que de coutume ; mais *le lendemain tout était passé,* elle n'avait pas constaté de diminution dans le volume de son ventre, et l'incident lui paru sans importance.

Le liquide recueilli dans le péritoine paraît analogue macroscopiquement à celui qui remplissait le kyste. L'analyse détaillée n'en a pas été faite. Mais l'ensemencement d'un bouillon glycériné placé dans une étuve à 37° est resté sans résultat.

De même une *injection intrapéritonéale de* 3 cmc, de liquide gélatineux faite à la manière d'Auché et Chavannaz sur *un cobaye femelle,* et sur *une lapine* ne donne lieu à aucun phénomène

réactionnel, à l'apparition d'aucune adénite inguinale, même un mois après l'injection.

Observation II (inédite)

Kyste gélatineux de l'ovaire rompu dans le péritoine. Ovariotomie. Guérison. (Obs. due à l'obligeance de notre ancien collègue le Dr **Fontan** interne du service du Dr **H. Delagenière**.

Madame G... Désirée, 59 ans, cultivatrice à Bonnétable (Sarthe).

Réglée à 10 ans, 7 enfants dont 5 vivants et bien portants, ménopause à 48 ans.

Il y a 3 ans, quelques pertes rouges. La malade s'aperçoit bientôt que son ventre grossit rapidement. Gêne considérable dans le travail. Diagnostic de kyste de l'ovaire.

Examen direct. — Ventre considérablement détendu et pointant en avant. Parois vergéturées et sillonnées de veines bleuâtres. Œdème sus-pubien. On délimite une volumineuse tumeur kystique occupant tout l'abdomen, mais dont la *matité se continue sur les flancs.*

Mictions douloureuses, fréquentes.

Opération le 28 février 1909.

Laparatomie médiane remontant en haut à l'appendice xyphoïde *masse gélatineuse* agglutinant les anses intestinales. Ablation d'un *kyste ovarien à contenu gélatineux* d'un poids de 14 kilogs. Pas d'aspiration possible. Péritoine épaissi, à aspect aponécrotique. *Drainage* et suture de la paroi. Réunion de la plaie par première intention *après long suintement de liquide séreux* par les drains.

La malade quitte le service le 26 mars complètement rétablie.

Observation III (inédite)

Volumineux kyste gélatineux de l'ovaire rompu dans le péritoine. Double ovariotomie. Guérison. (Obs. due à l'obligeance du docteur **Fontan**, interne dans le service du docteur **H. Delagénière, du Mans.**

Mlle H... Caroline, 35 ans, épicière, Le Mesl-sur-Sarthe.

Pas d'antécédents personnels, Réglée à 14 ans. Au commencement de 1908, elle s'aperçoit que son ventre grossit. Essoufflement rapide à la marche. Disparition des règles en janvier 1909. Depuis le 1er mars 1909 douleurs abdominales ; entre dans le service le 23 mars.

Examen direct. — Ventre énorme, saillant, légèrement douloureux à la pression. Tumeur à *matité* bien délimitée à la partie supérieure, mais *se prolongeant en bas vers les flancs.*

Toucher vaginal indolore. Col utérin haut situé. Pas de troubles de miction ou de défécation. Légère dyspnée, mais l'auscultation ne montre rien d'anormal au cœur ou aux poumons.

Opération le 27 mars 1909. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Il sort immédiatement du liquide péritonéal *mélangé au contenu gélatineux d'une des poches rompues du kyste.*

On se trouve en effet en présence d'un kyste multiloculaire sur le contenu duquel l'aspiration n'a aucune prise. Agrandissement de l'incision au dessus de l'ombilic : le kyste est vidé assez facilement de son contenu gélatineux et enlevé. Nettoyage du péritoine. Ablation des annexes des deux côtés. *2 drains* antérieur et postérieur.

Suintement de liquide abondant par les drains jusqu'au 5

avril. Température oscille entre 38 et 38,4 le soir. Pouls, 90 à 100.

5 avril, renouvellement des drains, ventre ballonné.

16 avril. *Ecoulement séreux continu.* On enlève un drain.

25 avril. On change le drain, écoulement diminue.

2 mai. On enlève les drains. T. 36,5.

11 mai. Exeat.

Observation IV (inédite)

Kyste gélatineux de l'ovaire droit. Rupture dans le péritoine passée inaperçue. Opération.

(Obs. prise dans le service du *Dr.* **H. Delagénière** *du Mans*, par les docteurs **Foulau** et **Prince**, internes.

Madame Marie D..., 45 ans, lingère, Le Mans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de cœur. Père éthylique invétéré.

Antécédent personnel. — Réglée à 12 ans, toujours normalement. Mariée à 19 ans, 3 enfants bien portants. Il y a 5 ans, commence à souffrir du ventre. « Elle avait, à son dire, une boule de la grosseur d'un œuf qui se promenait dans le ventre. » Crises douloureuses, tantôt à droite, tantôt à gauche du ventre sans réaction fébrile ni vomissements. Bon état général.

Un médecin consulté porte le diagnostic de *métrite* : injections vaginales, pansements du col mais sans amélioration notable.

En 1908, augmentation progressive du volume de l'abdomen ; les crises douloureuses s'accentuent, particulièrement dans les fosses iliaques et l'hypogastre.

En 1909, véritables coliques, très aigües, qui obligent la malade à tenir lit pendant quelques jours.

En 1910, les règles cessent brusquement et ne reparaissent que quelques mois après, en août. Dès lors, le ventre semble

grossir plus rapidement, et, à propos d'une crise plus violente survenue au mois de novembre, on porte le diagnostic de *fibrome de l'utérus*, et une intervention chirurgicale est proposée.

Entrée chez le Dr Delagenière le 28 décembre 1910.

L'examen des urines les montre normales, en quantité et qualité.

Cœur : 1er temps légèrement soufflé.

Poumons : rien à signaler.

Pas d'œdème des membres inférieurs. *Inspection de l'abdomen* : ventre volumineux, avec une saillie nettement accusée à droite.

Palpation ; Tumeur dure, légèrement rénittente, de forme arrondie. Elle semble avoir son origine dans le petit bassin, occupe l'hypogastre, les deux fosses iliaques, le flanc droit, remontant de ce côté jusqu'à l'ombilic et jusqu'aux fausses côtes.

Percussion : Matité à convexité supérieure se perdant sans limites nettes dans les flancs.

Auscultation : Un bruit de souffle, mais pas de battements fœtaux.

Le toucher vaginal montre un col gros, très haut situé ; un utérus fixé et semblant faire corps avec la tumeur. Culs de sac libres.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire droit (?)

Opération le 5 janvier 1911.

Incision médiane sous-ombilicale. On tombe sur un kyste multiloculaire, à contenu gélatineux, dont une poche s'est rompue dans le péritoine. Quelques fines adhérences péritonéales à l'enveloppe du kyste. L'ensemble de la séreuse, et notamment le péritoine pelvien, apparaît légèrement rouge et vasculatrisé.

La masse gélatineuse épandue dans le ventre semble de même nature que celle qui se trouve dans la tumeur ; elle est jaunâtre très épaisse et ne peut-être aspirée. Quantité totale : 4 kilogs dont 1 kilog environ était dans la cavité abdominale. Cette masse adhère aux anses intestinales et semble s'y être greffée en cer-

tains points, notamment au niveau de l'appendice cœcal qui se trouve coiffé, pour ainsi dire, par un morceau de gélatine de la grosseur d'une noix.

Ablation du kyste. Toilette incomplète du péritoine. Comme il existe dans l'utérus d'un noyaux fibreux interstitiels ou pratique l'*hytérectomie totale* suivie de l'appendicectomie.

2 drains vaginaux. — cloisonnement pelvien,

2 drains abdominaux,

suture à 3 étages de la paroie abdominale.

Suites opératoires. — La malade se réveille 10' après l'opération anesthésie au chloroforme avec circulation réduite, selon la méthode de Klapp).

Pouls : 80. Respiration 20.

Injection hypodermique de sérum 200 gr.

Le soir : Température : 37° 5. Pouls : 85, pas de douleurs. Ventre souple.

Aspiration par les drains de 10 cm. c. de liquide séro sanguinolent, pas de vomissements. Lavement de sérum toutes les 4 heures.

Le lendemain matin température : 37°. Pouls 84, bien frappé, régulier. Respiration : 30. Rien à l'auscultation. Pas de point de côté.

La malade dit ne pas souffrir, si ce n'est de l'oppression dyspnéïque qui la gêne. Ventre légèrement ballonné cependant quelques nausées. Lavage d'estomac, dont le liquide ressort teinté de bile, et qui ne soulage guère la malade. Injections d'huile camphrée.

A 11 heures, syncope, qui disparaît rapidement par la mise en position basse. Respiration 40. Pouls 86. Légère déviation des traits vers la droite, facies anxieux, angoissé.

A 3 heures matin T. 38.5. Respiration stertoreuse. Le coma survient et la malade meurt à 7 heures probablement par hémorragie cérébrale *(?)*

A noter la discordance entre la température, le pouls, et la respiration.

Observation V (Résumé de l'obs. V^e^. thèse Waïte)

Rupture spontanée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire et épanchement de son contenu dans la cavité péritonéale sans accidents consécutifs. Ovariotomie, guérison.

Obs. du D^r^ **Buckham.** *American Journal of Obstétrics* 1879, p. 326.

La malade Mme L. D..., racontait que trois jours auparavant, en montant dans sa voiture, elle était tombée et qu'elle s'était frappé le côté contre le marchepied. Elle remarqua immédiatement un changement de position du kyste, et elle conclut à sa rupture.

A l'opération nous avons pu vérifier le fait. La tumeur, qui pesait 29 livres, était multiloculaire et une partie considérable du contenu du plus grand des kystes composée d'une *substance colloïde* de la consistance d'une gelée, se trouvait libre dans la cavité abdominale. Le kyste était largement adhérent à la paroi abdominale et aux viscères, mais les adhérences ont été facilement détruites avec la main. Les parois du kyste étaient épaisses, leur surface interne présentait l'aspect d'un gâteau de miel; les cloisons étaient minces et se détruisaient facilement sous les doigts. Quant à leur contenu j'étais obligé de le ramasser avec mes mains et il y en avait la quantité de la moitié d'un seau ordinaire. Après avoir nettoyé la cavité abdominale avec la main, *je lavais très soigneusement l'intestin* et les viscères avec de l'*eau phéniquée* à 90° Fahrenheit, je fermais ensuite l'incision qui avait la longueur de 14 centimètres par 6 sutures profondes et

5 superficielles, et la réunion s'effectua par première intention. Il n'y a pas eu *de péritonite*. La malade a fait une bonne convalescence et elle est aujourd'hui forte et bien portante.

Observation VI (Résumé)

Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire avec épanchement de substance colloïde dans l'abdomen sans péritonite consécutive. Ovariotomie, guérison. (Obs. du Dr **Mundé**. *Transact of the obst. Soc. of New-York 21 mars 1882. American Journal of Obstetrics* 1882 p. 290).

La malade était âgée de 45 ans. Elle portait une tumeur abdominale de volume considérable dont elle s'était aperçue pour la première fois un an auparavant. Etat général médiocre.

La tumeur semblait être presque solide et le docteur Mundé hésitait entre le diagnostic de tumeur polykystique de l'utérus et celui de kyste multiloculaire de l'ovaire, mais il penchait plutôt vers ce dernier. Aidé par plusieurs confrères il pratiquait la laparotomie. A l'ouverture du ventre, on trouvait libre dans la cavité abdominale environ *1/4 de litre de substance colloïde épaisse*. L'examen des parois du kyste montrait que cette substance avait dû échapper depuis quelque temps déjà par une *petite ouverture* qui se trouvait *sur la paroi postérieure d'une des poches de la tumeur*. Le kyste pesait 34 livres, on le séparait de ses adhérences étendues avec la vessie et l'épiploon, et on l'enlevait. Lavage de l'épiploon avec une solution phéniquée ; par le drainage. Guérison sans incidents.

Observation VII (in Th. Waïte).

Kyste de l'ovaire ; épanchement de liquide colloïde dans la cavité abdominale. Pas de péritonite. Ovariotomie. Guérison.

(Obs. du Dr **Hunter** *New-York Méd. Record 1880*).

Malade entre à l'Hôpital des Femmes portant une tumeur abdominale qui présentait toutes les apparences d'un kyste de l'ovaire. Un traitement préparatoire fut institué et au bout de 3 semaines on se proposait d'opérer, mais au dernier moment *on ne trouvait plus trace de la tumeur.*

Le Dr Hunter se décida à ne pas faire l'opération, espérant que ce serait là une terminaison définitive de la maladie, mais dix jours plus tard, le kyste avait commencé à se remplir à nouveau et en huit jours de plus *il avait repris ses dimensions primitives.* L'abdomen mesurait 1 m. de circonférence.

On se préparait à nouveau à faire l'opération mais 3 jours avant la date qu'on avait fixée, on remarque une diminution du volume de la tumeur, et le jour de l'opération *elle avait de nouveau disparu.*

Il y avait évidemment du liquide libre dans la cavité adominale, et malgré qu'il fût impossible de trouver, par le palper, une tumeur quelconque, le Docteur Hunter considérait l'opération comme indiquée et la pratiquait.

Il trouvait un kyste à parois assez épaisses présentant *une déchirure de 7 centimètres environ*, dans un point où les parois étaient amincies. La quantité de liquide libre dans la cavité abdominale était d'environ 1 litre. Ce liquide était épais et de l'espèce qu'on a l'habitude de considérer comme étant à un haut degré irritant pour le péritoine. Mais *il n'y avait aucune trace de péri-*

lonite. Une partie du liquide était trop épaisse pour pouvoir s'écouler par la canule. La malade fit une bonne convalescence.

La tumeur examinée par le docteur Garrigues à été reconnue pour être un *kyste multiloculaire glandulaire de l'ovaire*. »

Observation VIII [Résumé]

Kyste déhiscent de l'ovaire avec ascite gélatineuse.

Obs. du docteur **Roche,** in *J. de méd. Bordeaux 1905*, p. 98]

Célestine R..., 63 ans, pas d'antécédents personnels ou pathologiques. Ménopause survenue à 50 ans sans troubles.

Il y a deux ans, augmentation progressive du ventre, pas de douleurs, pas de pertes. L'an dernier, à cause du volume et du poids de son abdomen, on fait à la malade une première ponction qui ramène 22 litres de liquide jaunâtre visqueux, contenant des grûmeaux blanchâtres.

Depuis ce moment, et jusqu'à son entrée à l'hôpital, la malade a subi 4 autres ponctions ramenant chacune 20 à 25 litres de liquide semblable au premier.

Entrée le 3 octobre 1904 dans le service du **professeur Boursier.** Léger œdème sus-malléolaire ; facies terreux, téguments pâles, ventre très volumineux circulation veineuse sous-cutanée abdominale très marquée. Ombilic saillant et largement dilaté.

Matité dans la partie inférieure de l'abdomen remontant à mi-chemin de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, à concavité supérieure, se déplaçant dans les décubitus latéraux.

Ponction le 4 octobre. On retire 25 litres d'un liquide semblable à celui des précédentes ponctions. Après la ponction on perçoit dans le flanc droit une tumeur ovoïde de la grosseur d'une tête fœtale, tumeur lisse mais molle.

Diagnostic : tumeur (?) de l'ovaire droit avec ascite.

Opération le 14 octobre 1904. Laparatomie médiane par le docteur Boursier. Péritoine épaissi, congestionné, recouvert par endroits d'un enduit pseudo-membraneux grisâtre. Il reste dans l'abdomen une assez notable quantité de liquide jaunâtre, gélatineux, difficile à extraire, car il n'imprègne pas la compresse, et qu'on doit retirer à la main. La tumeur de l'ovaire droit est enlevée ainsi que l'ovaire gauche tkystique.

Il s'agit d'une *tumeur multiloculaire contenant un liquide gélatineux*, et présentant une *perforation nette* au niveau du pôle opposé au pôle ovarien.

Guérison sans incidents.

Observation IX (Résumée).

Rupture spontanée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche avec ascite gélatineuse. Ovariotomie. Guérison.

(Obs. du Dr **Boursier** in *Gaz. hebd. des Sciences Médicales de Bordeaux 1897.*, page 53).

Madame Marie C..., de Pissos (Landes) 55 ans, est amenée à l'Hôpital St-André le 10 mai 1896 par le Dr Villar qui a déjà eu l'occasion de l'opérer il y a quelques années.

2 grossesses normales à 22 et à 29 ans, accouchements à terme, suites de couches normales bien que la malade soit restée *à peine 2 ou 3 jours au lit chaque fois.* Cesse d'être réglée à 38 ans, à la suite d'un refrodissement. A partir de cette époque, douleurs abdominales fréquentes, localisées au côté gauche, augmentant par la fatigue, diminuant au contraire par le repos. Cet état douloureux persiste pendant 12 ans jusqu'au mois de mars 1890.

A ce moment les douleurs augmentent et la malade voit apparaître dans le ventre une tumeur qui s'accroît rapidement. Gêne de la respiration, troubles dans les fonctions stomacales et intestinales. Etat général mauvais. Ablation par le *Professeur* **Villar** d'un kyste multiloculaire droit. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

La santé se maintient excellente jusqu'en 1895 où un jour, brusquement, la malade est prise de coliques violentes, suivies de l'évacuation par le rectum d'une abondante masse de liquide, Douleurs se calmant au bout de quelques heures, mais réapparaissent par intermittences. A partir du 5 janvier, les douleurs deviennent sourdes et le *ventre augmente rapidement de volume*.

Elle est envoyée à l'HôpitalSt-André, le 10 mars 1895.

A l'examen, ventre volumineux et arrondi, pointant en avant, peut être plus saillant à gauche. A la pression, matité dans tout le côté gauche et sonorité des anses intestinales à droite. *Zône de matité se déplace à peine de 1 cm. dans les divers décubitus* dorsaux et latéraux. Très profondément il semble que l'on perçoive une vague fluctuation.

Le toucher vaginal et le toucher rectal *ne donnent aucun renseignement*. Les culs de sac sont libres et on n'y trouve rien à signaler.

En présence de ces symptômes, le diagnostic est assez hésitant ; cependant il semble qu'on ait affaire à un cas de MALADIE GÉLATINEUSE DU PÉRITOINE, affection décrite en 1871 par **Péan** et dont les *observations sont si rares* que plusieurs auteurs mettent en doute son existence comme individualité pathologique. On décide une laparotomie exploratrice.

Opération 15 mars 1896.

Incision abdominale, apparition d'une *substance gélatineuse*, colloïde, de coloration jaune ambré, et absolument transparen-

le. Cette masse remplissait le petit bassin, la fosse iliaque gauche et remontait du même côté dans toute la région mâle. Son ablation fût assez difficile, car elle n'était pas assez liquide pour s'écouler naturellement ; nous fûmes *obligés de l'enlever à pleines mains*, au moins pour la majeure partie. Il y en avait au minimum 2 litres ; toilette forcément incomplète à cause de la viscosité et de l'adhérence de cette sorte de gelée.

Baignant dans ce liquide, nous trouvons un *kyste ovarien* de la grosseur d'une tête de fœtus, *multiloculaire*, à parois minces, et portant *vers sa partie interne une déchirure arrondie de la dimension d'une pièce de 5 fr.* environ, par laquelle son contenu se déversait dans le péritoine. Toutes les cavités de la tumeur contenaient une *substance gélatineuse analogue à celle qui s'était épanchée* dans le ventre et qui provenait en grande partie de sa rupture. Le kyste n'avait aucune adhérence avec les intestins ou la paroi abdominale.

Le péritoine pariétal est sain, il n'y a aucune trace de péritonite. Toutes les anses intestinales en contact avec la gélatine épanchée sont un peu plus vascularisées que les autres ; leur surface est dépolie et comme chagrinée. Après avoir incisé le kyste, son pédicule est lié et rentré, puis le ventre est fermé par 3 plans de sutures en surjet.

Les suites opératoires ont été des plus simples. 38° aux deux premiers jours, mais pas de complication inflammatoire ni septique.

CONCLUSIONS

1° Les ruptures intrapéritonéales des kystes gélatineux de l'ovaire sont *rares*.

2° Le diagnostic en est *rarement possible* au moment où elles surviennent, tant la symptomatologie en est discrète.

3° Leur pronostic est *sans gravité*.

4° Le traitement se confond avec celui de la tumeur ovarienne.

5° L'intervention d'urgence *n'est pas indiquée* à cause de la difficulté du diagnostic et de la bénignité du pronostic.

6° La toilette incomplète du péritoine est *sans inconvénients*.

7° Le lavage du péritoine et le drainage post-opératoire sont des *pratiques inutiles* dans le traitement des ruptures spontanées de kystes gélatineux de l'ovaire non infectés.

Vu : Le Président de Thèse :
P. REGLUS.

Vu : Le Doyen :
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Arnal : De l'intervention chirurgicale dans la rupture Traumatique des Kystes de l'ovaire. Th. Paris 1898.

Auché et Chavannaz : Action des injections intrapéritonéales du contenu des Kystes ovariques (étude expérimentale). Compte rendu de la Biologie, juillet 1897.

Bailly : Kyste de l'ovaire multiloculaire renferment du liquide gélatiniforme. Bulletin de la Soc. Anat. Paris 1854, p. 152.

Augier : Préparations histologiques relatives à un Kyste de de l'ovaire. Journal des Sciences Méd. de Lille 1903.

Barnsby : Congrès national, période. de gynécologie. Rouen 1904. page 207.

Bender (X) Les métartases dans les Kystes mucoïdes de l'ovaire Soc. anat., Paris 1905.

Boursier (A) : Gaz. hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux, 1897. p. 63-66. Considérations sur la rupture intrapéritonéale des Kystes de l'ovaire.

Camus : Des Ruptures des Kystes de l'ovaire. Mémoire lu à la Société de Médecine de Paris. Revue médicale novembre 1844.

Daniel : Des ruptures traumatiques intrapéritonéales des grands kystes ovariens. Arch. gén. de Méd. Paris 1905.

Duffner. : Ruptures et perforations des kystes de l'ovaire. Th. Nancy 1892.

Dumouthiers : Recherches sur quelques liquides pathologiques de la cavité abdominale. Paris 1886.

Duplay et Reclus : Traité de chirurgie.

Fossard : Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. Th. Paris 1901.

Gilbert et Lippmann : Note sur la bactériologie des ascites. Compte rendu Soc. de Biol. Paris 1906, p. 917.

Ch. Gundelach : Th. Paris 1887.

Hutchinson (J.) : Case of colloïd cancer of the ovaries, omentures, and abdominal organs generally. T. path. Soc. lowd. 1866, p. 367.

Hybord : Kyste colloïde de l'ov. Bull. Soc. anat. Paris 1867.

Lair : Rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine. Th. Lyon 1892.

Lanelongue : Variabilité du pronostic des ruptures kystiques Intrapéritonéales. Soc. d'obstétrique de Bordeaux 1896.

Mauclaire : Des kystes mucoïdes ovariens et parovariens. Bul. méd. Paris 1904, p. 849.

Méry : Etude sur les liquides extraits des kystes ovariques. Arch. génér. de méd. septembre 1881.

Monprofit : Kyste ovarique en communication avec la cavité péritonéale. Caz. Gynéc. Paris 1906 p. 193.

Nepveu : Rupture des kystes de l'ovaire. Annales de Gynéc 1875.

Potherat : Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. Soc. chirurgie Paris 1903.

Ponpinel G. : Remarques sur l'anat. path. et le pronostic des kystes mucoïdes de l'ovaire. Rev. chir. Paris 1886. p. 457.

Quénu : Anat. path. des kystes de l'ovaire. Rev. chir. 1886 p. 265.

Roche : Kyste déhistent de l'ovaire avec ascite gélatineuse. J. de méd. de Bordeaux 1905 p. 98.

Rouslacroix : Kyste mucoïde de l'ovaire. Analyse du liquide. Marseille méd. 1901, p. 139.

Sarazin : Kystes multiloculaires gélatineux. Bul. soc. chirurgie, Paris 1876, p. 863.

Sebileau : Thèse Paris 1889.

Terrillon : Kyste de l'ovaire sans végét, ext., mais avec productions végétantes int. Bulletin soc. chirurgie Paris 1885, p. 751.

Villar : Rupture intrapérit. d'un kyste gélatineux de l'ovaire gauche. Rev. de gyn. Bordeaux 1900, p. 461.

Mme Waite, née Trégaskis : Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire. Thèse Paris 1883.